|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Personenbezogene Daten** Az. | | | | | | | | |
| Name, Vorname  **,** | | | | | Geschlecht:  weiblich männlich  trans/inter | | | |
| Geburtsdatum | | | Geburtsort | | | | | |
| Familienstand  Bitte auswählen | | | Staatsangehörigkeit | | | | Aufenthaltsstatus | |
| Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS): | | | | | | | | |
| Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort: | | | | | | | | |
| Telefonnummer | | Fax | | Mobil | | | | E-Mail |
| 1. **Vorgeschichte und aktuelle Situation** | | | | | | | | |
| * 1. Kinder:  keine Kinder   Anzahl:     Geb.daten:     , davon im eigenen Haushalt lebend: | | | | | | | | |
| * 1. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute | | | | | | | | |
| Jahr | Lebensverlauf / Wohnsituation | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Aktuelle Wohnsituation:  allein lebend  im Familienverband  in einer Wohngemeinschaft  in einer Partnerschaft  alleinerziehend  in einer Einrichtung  Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| * 1. Schulische Laufbahn / berufliche Situation  ohne Schulabschluss  ohne Berufsabschluss | | | | | | | | |
| erreichter Schulabschluss |  | | | | | | | |
| weitere Bildungsabschlüsse |  | | | | | | | |
| erlernter Beruf |  | | | | | | | |
| zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen |  | | | | | | | |
| Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen |  | | | | | | | |
| Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse |  | | | | | | | |
| Sonstiges |  | | | | | | | |
| * 1. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute | | | | | | | | |
| Jahr | Arbeitsverhältnis / Tätigkeit | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| * 1. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) | | | | | | | | |
| Erwerbs-/Berufstätigkeit  Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige)  Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)  Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht  Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen  Krankengeld/Übergangsgeld  Arbeitslosengeld I (SGB III)  Arbeitslosengeld II (SGB II)  Grundsicherung (SGB XII)  Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)  Wohngeld (WoGG)  Sonstiges: | | | | | | Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen)  ja  nein  Schulden  nein  ja, ca. in € | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)** | | | |
| Bezeichnung / Beschreibung | ICD-Code | festgestellt durch | am |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen** | | | | |
| Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der  Körperstrukturen und –funktionen vor? | | festgestellt durch | | am |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Aktuelle Medikation: |  | |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Art der Beeinträchtigung(en)** (Mehrfachnennungen möglich)  i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX |
| Es liegt eine  drohende  körperliche  seelische  geistige Sinnes-  Beeinträchtigung vor. |
| Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis |
| ist beantragt  ist ausgestellt bis      , GdB        unbefristet  wurde abgelehnt  Gleichstellung |
| Merkzeichen:  H (Hilfslosigkeit)  Bl (Blindheit)  1 Kl (1. Klasse)  B (Begleitperson)  TBl (Taubblindheit)  kriegsbeschädigt  EB (Entschädigungsberechtigt)  aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)  RF (Rundfunk/Fernsehen)  Gl (Gehörlosigkeit)  G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)  VB (Versorgungsberechtigt) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Mögliche Verursachung durch Dritte**  nein | |
| Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück? | |
| ja | **Inanspruchnahme**  Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.) |
| **Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)**  OEG  BVG/HHG  IFSG  StrafRehaG/VerwRehaG  Bezeichnung der Schädigungsfolgen:  Grad der Schädigung:  Datum aktueller Bescheid: | |

|  |
| --- |
| 1. **Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)** |
| keine Einstufung  Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am  Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am  Eingestuft in Pflegegrad  1  2  3  4  5, Beginn der Anerkennung: |
| Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Umweltfaktoren** | | | |
| * 1. Rechtliche Vertretung | | | |
| Bevollmächtigte(r) oder Beistand i.S. § 20 (3) SGB IX i.V.m. 13 SGB X  gesetzliche Betreuung  Wirkungskreise  Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitssorge  Wohnungsangelegenheiten  Entgegennahme und Öffnen der Post  Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten  Vermögenssorge  Sonstige:  Einwilligungsvorbehalt für  befristet bis  Ist geplant | | | |
| Name, Vorname    Anschrift | | | |
| Telefonnummer | Fax | Mobil | E-Mail |

|  |
| --- |
| 8.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB |
| ja, durch Beschluss vom  Befristet bis  Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: |

|  |
| --- |
| * 1. Krankenversicherung |
| Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer        freiwillig versichert  pflichtversichert  familienversichert  privat versichert  beihilfeberechtigt § 264 SGB V |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Verfügbare und aktivierbare Ressourcen | | | |
| Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel | | | |
|  | | | |
| Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger | | | |
|  | | **Inanspruchnahme**   * Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen * Leistungsumfang und –dauer | **aktivierbar** |
|  | Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche) |  |  |
|  | Sozialraum |  |  |
|  | Sozialberatung |  |  |
|  | Schuldnerberatung |  |  |
|  | Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX) |  |  |
|  | Sozialpsychiatrischer Dienst |  |  |
|  | Suchtberatung |  |  |
|  | Leistungen zur Eingliederung  (SGB II, SGB III) |  |  |
|  | Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V) |  |  |
|  | Häusliche Krankenpflege (SGB V) |  |  |
|  | Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V) |  |  |
|  | Sonstige med. Rehabilitation  (SGB V) z.B. Krankengymnastik |  |  |
|  | Institutsambulanz (SGB V) |  |  |
|  | Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung |  |  |
|  | Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI) |  |  |
|  | Gesetzliche Unfallversicherung  (SGB VII) |  |  |
|  | Leistungen der Jugendhilfe  (SGB VIII) |  |  |
|  | Integrationsfachdienst (SGB IX) |  |  |
|  | Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII) |  |  |
|  | Leistungen der Pflegekasse  (SGB XI) |  |  |
|  | Leistungen der Hilfe zur Pflege  (SGB XII) |  |  |
|  | Mobilitätshilfen (SGB XII) |  |  |
|  | Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung) |  |  |
|  | Sonstige Hilfen |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Bezugspersonen, Person des Vertrauens | | | |
| Name, Vorname    Anschrift | | | |
| Telefonnummer | Fax | Mobil | E-Mail |
| Art der Beziehung | | | |

|  |
| --- |
| Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)       , Datum |